

Magdalena Sariusz-Skąpska, Marcin Siwek, Dominika Dudek

ROLA PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W LECZENIU CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ

THE ROLE OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN THE TREATMENT OF THE BIPOLAR DISORDER

Oddział Leczenia Depresji Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Zięba

**cognitive-behavioral therapy
bipolar disorder**

Artykuł dotyczy problemu użyteczności stosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Omawia specyfikę różnych podejść psychotherapeutycznych stosowanych w leczeniu choroby dwubiegunowej. W kontekście czynników poznawczych identyfikowanych u pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi szczegółowej analizie zostaje poddane podejście poznawczo-behawioralne. Autorzy prezentują także przegląd badań potwierdzających skuteczność omawianej metody wobec zaburzeń choroby dwubiegunowej.

Summary: The paper explains the role of cognitive-behavioural therapy (CBT) in the treatment of bipolar disorder. Indications for complementation of a standard pharmacological treatment with psychotherapy and variety of psychotherapeutic approaches characteristic for bipolar disorder are presented. In the context of cognitive factors identified in patients with bipolar disorder, the cognitive-behavioural approach is analyzed. Authors present a review of research confirming the efficiency of the cognitive-behavioural approach as an integral part of the therapeutic process in bipolar

Wprowadzenie

Ostatnich 20 lat przyniosło wiele przełomowych zmian w zakresie diagnozy i terapii choroby afektywnej dwubiegunowej. Na główny plan wysuwają się tu dwie zasadnicze kwestie. Po pierwsze, pojawia się nowe ujęcie genezy tej choroby. Jej coraz bardziej wielowymiarowa etiologia jest opisywana na podstawie modelu podatność—stres, z uwzględnieniem nie tylko czynników biologicznych, ale także licznych zmiennych psychologicznych. Równocześnie analizowana jest rola czynników psychologicznych nie tylko w występowaniu, ale i przebiegu zaburzeń dwubiegunowych. Coraz powszechniejsze stają się badania dotyczące roli stresu, czynników poznawczych, osobowościowych i temperamentalnych w chorobie dwubiegunowej. Drugim ważnym zjawiskiem, jakie można obserwować w ostatnich latach, jest nowe podejście do rozumienia natury choroby dwubiegunowej. Przestaje być ona widziana w kategoriach zespołu pojedynczych epizo-

dów, lecz jest traktowana jako przewlekły, chroniczny proces chorobowy, niejednokrotnie prowadzący do deterioracji i upośledzenia funkcjonowania pacjenta. Następstwo takiego nowego spojrzenia stanowi rozpowszechnienie badań dotyczących społecznych i ekonomicznych kosztów zaburzeń dwubiegunowych. Wyniki tych badań potwierdzają m.in., że u znacznej liczby pacjentów choroba prowadzi do załamania się linii życiowej – utraty pracy, rozwodu, znacznego pogorszenia warunków życia. Jakość życia eutymicznych pacjentów z chorobą dwubiegunową jest wyraźnie gorsza od jakości życia pacjentów z chorobą jednobiegunową, a także od jakości życia pacjentów cierpiących na chroniczne zaburzenia somatyczne [1, 2].

Podstawową konsekwencją tak istotnych zmian w podejściu do genezy i przebiegu zaburzeń dwubiegunowych jest wyraźna zmiana w podejściu do ich leczenia. Farmakoterapia jest coraz częściej uzupełniana różnego rodzaju oddziaływaniami psychoterapeutycznymi. Włączenie psychoterapii w spektrum oddziaływań terapeutycznych wynika także z wielu innych czynników, takich jak, przede wszystkim, modyfikacja spojrzenia na predyspozycje pacjentów cierpiących na zaburzenia dwubiegunowe, dotychczas zarzucano im bowiem, że prezentują niewystarczający wgląd we własne problemy, mają skłonność do nadmiernego uzależniania się od lekarza i wywołują w terapeutach silne przeciwprzeniesienia. Równocześnie ze względu na te czynniki traktowano ich jako nie nadających się do uczestnictwa i korzystania z psychoterapii [3].

Współczesne poszerzanie leczenia zaburzeń dwubiegunowych o psychoterapię wiąże się również z faktem, iż mimo zaawansowania metod farmakoterapii wskaźniki nawrotów nadal pozostają alarmujące. W literaturze podawane są najczęściej następujące dane — 40% pacjentów doświadcza nawrotu w ciągu jednego roku, 60% w ciągu dwóch lat, a 73% w ciągu pięciu lat [4]. Równocześnie wskaźnik samobójstw w tej grupie pacjentów wynosi 15–20%. Warto też podkreślić, że następująca wskutek farmakoterapii poprawa objawowa nie zawsze niesie za sobą wyraźną poprawę w sferze ogólnego funkcjonowania pacjenta. Deficyty psychospołeczne niejednokrotnie utrzymują się długo po ustąpieniu objawów ostrej fazy choroby i stanowią źródło przewlekłego dyskomfortu [1, 2]. Dodatkowo wśród czynników ryzyka istotnie zwiększających prawdopodobieństwo kolejnego nawrotu wymienia się przede wszystkim przerywanie leczenia farmakologicznego występujące u 32–45% pacjentów, a także wysokie wskaźniki konfliktów małżeńskich, rozwodów i bezrobocia w tej grupie chorych [5]. Czynniki te nie tylko tworzą poważne ograniczenie skuteczności izolowanej farmakoterapii, lecz stanowią istotne argumenty za poszerzeniem zakresu oddziaływań terapeutycznych.

Rodzaje psychoterapii prowadzonej z pacjentami z zaburzeniami dwubiegunowymi

Wśród różnych metod wykorzystywanych w psychoterapii pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową najczęściej wymienia się trzy podejścia:

1. Terapia skoncentrowana na rodzinie (*Family Focused Therapy – FFT*).
 2. Terapia interpersonalna i rytmu społecznego (*Interpersonal and Social Rhythm Therapy – IPSRT*).
 3. Terapia poznawczo-behawioralna (*Cognitive-Behavioral Therapy – CBT*).
- Goodwin i Jamison [3] podkreślają, że — niezależnie od obranej formy terapii — praca

z pacjentami z chorobą dwubiegunową, ze względu na ogromną dynamikę i różnorodność objawów, wymaga znacznej elastyczności stylu i technik terapeutycznych. Każdy terapeuta zajmujący się pacjentami z zaburzeniami dwubiegunowymi powinien przede wszystkim opierać swoje kompetencje na wielowymiarowej wiedzy o chorobie dwubiegunowej — uwzględniając czynniki biologiczne i psychologiczne oraz unikając determinizmu biologicznego [3].

Terapia zorientowana na rodzinę (FFT), stworzona przez Miklowitza i Goldsteina [6], swoimi oddziaływaniami ma obejmować nie tylko samego pacjenta, ale także najbliższych członków jego rodziny. Cykl terapeutyczny składa się z 21 sesji poświęconych szczegółowej psychoedukacji, treningowi komunikacji i poprawie współpracy z lekarzem. Szczególny nacisk kładzie się tu na psychoedukację, gdyż niejednokrotnie owocuje ona zmniejszeniem wskaźnika ujawnianych emocji (EE) w domu pacjenta, co w konsekwencji sprzyja zmniejszeniu się liczby nawrotów choroby [6–11]. Z kolei terapia interpersonalna powstała w latach 70. jako metoda leczenia choroby jednobiegunowej, a uzupełniona aspektem regulacji rytmu społecznego (IPSRT), stała się skutecznym sposobem leczenia zaburzeń dwubiegunowych. Metoda ta koncentruje się nie tylko na psychoedukacji i treningu komunikacji, ale także na systematycznej pracy stabilizującej codzienny rytm funkcjonowania pacjenta, co także przyczynia się do minimalizacji ryzyka zaostżeń i nawrotów choroby [12].

Jeżeli chodzi o stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach dwubiegunowych, przełomowym momentem był rok 1996, kiedy to opublikowana została książka Busco i Rusha zawierająca szczegółowy opis protokołów terapeutycznych specyficznych dla tego schorzenia [za: 1, 2]. W spektrum celów terapii poznawczo-behawioralnej zawarto nie tylko elementy protokołów terapeutycznych terapii zorientowanej na rodzinę (FFT) oraz interpersonalnej i rytmu społecznego (IPSRT), ale także wiele czynników poszerzających zakres oddziaływania podejścia poznawczego.

Coraz większa powszechność stosowania tego właśnie rodzaju psychoterapii w zaburzeniach dwubiegunowych wiąże się również z kilkoma innymi czynnikami. Po pierwsze, udowodniona efektywność terapii poznawczo-behawioralnej w zapobieganiu nawrotom choroby jednobiegunowej może sugerować podobną skuteczność w chorobie dwubiegunowej, zwłaszcza że w ciągu życia ok. 5–10% chorych z zaburzeniami jednobiegunowymi zaczyna prezentować objawy maniakalne i jest włączanych w spektrum dwubiegunowe [13]. Kolejnym istotnym argumentem przemawiającym za stosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach dwubiegunowych jest zjawisko współwystępowania z tą chorobą wielu zaburzeń, w których udowodniono wysoką skuteczność leczenia tego typu terapią. Przykładowo, Allen Young [13] wymienia następujące schorzenia wraz z ich wskaźnikami współwystępowalności z chorobą dwubiegunową: zespół lęku uogólnionego (GAD) — 42,4%, fobia społeczna — 47,1%, zespół lęku napadowego — 32,9 %, zespół stresu pourazowego (PTSD) — 38,7%, inne zaburzenia lękowe — 93,0%, dystymia — 49,7%.

Warto również podkreślić, że w obliczu różnorodności i zmienności objawów choroby dwubiegunowej sama forma i zasady prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej mogą stanowić ważny niespecyficzny czynnik leczący, podejście poznawcze oferuje bowiem jasną strukturę terapii i klarowną konceptualizację problemów pacjenta. Dodatkowo wymaga się

od pacjenta intensywnej współpracy z terapeutą, która ma wzmacniać w chorym poczucie własnej skuteczności i motywacji do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia.

Czynniki poznawcze w chorobie dwubiegunowej a zastosowanie podejścia poznawczo-behawioralnego

Podłoże skutecznego wykorzystania terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach dwubiegunowych stanowi przede wszystkim konceptualizacja problemów pacjenta na podstawie modelu poznawczego. Już Aaron Beck zakładał, że w stylu myślenia pacjentów z chorobą dwubiegunową istnieją zaburzenia poznawcze, które mogą stanowić o podatności na zachorowanie [za: 14, 15]. U osób w stanach maniakałnych występuje pozytywna triada poznawcza dotycząca samych siebie, innych i świata, analogiczna do negatywnej triady opisywanej u pacjentów w depresji. W manii pojawiają się również błędy poznawcze o przeciwnej modalności, np. niedoceniać ryzyka, minimalizowanie problemów, wyciąganie pozytywnych wniosków. W opisach funkcjonowania poznawczego pacjentów z chorobą dwubiegunową autorzy wykorzystują także stworzone przez Becka pojęcia socjotropii i autonomii [za: 16]. W opisywanych współcześnie najnowszych modelach poznawczych powstawania choroby dwubiegunowej, schematy poznawcze są traktowane jako filtry, które w obliczu wydarzeń stresujących wywołują zmiany nastroju w kierunku manii lub depresji. Podkreśla się także, że filtry te decydują też o jakości przystosowania do samej choroby [17].

Istnieje także wiele badań potwierdzających istnienie u pacjentów z chorobą dwubiegunową zaburzeń poznawczych analogicznych do tych prezentowanych przez pacjentów z chorobą jednobiegunową [14, 15]. Przykładowo, Lyon i współ. [18] przeprowadzili badania porównawcze dwóch grup pacjentów z zaburzeniami jedno- i dwubiegunowymi znajdujących się aktualnie w fazie depresji. Zaobserwowano, że osoby z obu grup prezentują podobne negatywne schematy dotyczące „ja”, mają wyraźną tendencję do przypisywania sobie winy za wszelkie negatywne doświadczenia oraz wykazują selektywną uwagę na bodźce związane z depresją. Równocześnie w innych badaniach wykazano, że osoby z zaburzeniami dwubiegunowymi w porównaniu ze zdrowymi prezentują: kruchą i niestabilną samoocenę, wysoki poziom dysfunkcyjnych przekonań (głównie związanych z perfekcjonizmem i aprobatą społeczną) oraz upośledzone zdolności rozwiązywania problemów [14, 15].

Z kolei, w nurcie badań odnoszących się do modelu podatność—stres analizowane są związki między czynnikami poznawczymi a stresującymi wydarzeniami życiowymi. Większość tych analiz odnosi się do zaburzeń jednobiegunowych i potwierdza, że w obliczu podatności poznawczej występowanie stresujących epizodów znacząco zwiększa prawdopodobieństwo zaostrzenia objawów i nawrotu choroby [19]. W badaniu przeprowadzonym przez Reilly-Harrington i współ. [16] badano interakcję stylu poznawczego (atrybucje, dysfunkcyjne przekonania, przetwarzanie informacji dotyczących „ja”) i wydarzeń stresujących porównując grupy pacjentów z zaburzeniami jednobiegunowymi i dwubiegunowymi typu I i II. W wypadku wszystkich grup pacjentów potwierdziła się zależność, że współwystępowanie negatywnego stylu myślenia ze stresującymi wydarzeniami życiowymi istotnie zwiększało ryzyko nawrotu zarówno depresji, jak i manii i hipomanii. W obliczu istnienia takiej zależności podejście poznawczo-behawioralne oferuje pacjentom

z zaburzeniami afektywnymi różnych typów różnorodne techniki oddziaływania zarówno na zaburzenia poznawcze, jak i na prezentowane przez nich nieadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem [16].

Cele psychoterapii poznawczo-behawioralnej w chorobie dwubiegunowej

Cele psychoterapii poznawczo-behawioralnej w chorobie dwubiegunowej można opisać wielowymiarowo. Koncentrują się one zarówno na tych aspektach, które wiążą się z funkcjonowaniem pacjenta w samej chorobie, jak i na wszelkich problemach stanowiących podłoże choroby i jej następstwa.

Jednym z czołowych celów terapeutycznych jest pogłębienie wiedzy pacjenta na temat schorzenia, na które cierpi. Dlatego też podstawowy element każdego protokołu terapeutycznego stanowi szczegółowa psychoedukacja. Dzięki systematycznemu poznawaniu objawów choroby stopniowo rozwija się u pacjenta zdolność monitorowania swojego stanu oraz coraz lepszej samokontroli. Szczególną rolę odgrywa tu szczegółowa obserwacja objawów prodromalnych nawrotu, które niejednokrotnie poprzedzają wybuch choroby nawet o kilka miesięcy. Istotnym elementem wiążącym się z procesem psychoedukacji pacjenta jest kontrakt terapeutyczny, mający w wypadku choroby dwubiegunowej dość szczególną formę. Kontrakt ten stanowi podstawę współpracy z pacjentem i jest istotnym punktem odniesienia zarówno dla niego, jak i dla terapeuty. Jego elementy stanowią m.in.:

- szczegółowa lista objawów pełnego epizodu choroby – mania, hipomania, depresja;
- szczegółowa lista prodromów;
- opis „normalnego” samopoczucia pacjenta stworzony na podstawie jego doświadczenia z remisji i sprzed choroby;
- spis argumentów, dlaczego mimo manii warto kontynuować leczenie (np. opis negatywnych konsekwencji poprzedniego epizodu manii);
- wskazówki i instrukcje postępowania w razie nawrotu;
- lista czynników wywołujących nawrót (np. nadużywanie alkoholu, zaprzestanie farmakoterapii, zmiana pór roku, zmiana rytmu sen—czuwanie).

Swoista jest nie tylko tak szeroka forma kontraktu, ale także fakt, że w jego podpisanie włącza się osoby bliskie pacjentowi, które mają obserwować zmiany w jego samopoczuciu i do których pacjent powinien się w pierwszym rzędzie odwołać, gdy zauważy niepokojące objawy. Równocześnie, co warto podkreślić, wymiar psychoedukacji nie dotyczy tylko samych objawów choroby. Podejście poznawcze dostarcza pacjentowi również spójnego modelu jej powstawania oraz mechanizmów podtrzymujących objawy i inicjujących nawroty. Chory uczy się monitorować wzajemne zależności pomiędzy zmianami w myślach, zachowaniach, emocjach i symptomach biologicznych choroby dwubiegunowej. Znajomość tych zależności dostarcza motywacji zarówno do aktywnej farmakoterapii, jak i włączania się w psychoterapię poznawczą.

Kolejnym istotnym celem terapeutycznym jest systematyczna praca nad zwiększeniem współpracy pacjenta z lekarzem, aby maksymalnie wykorzystać farmakoterapię profilaktyczną. Brak takiej dobrej współpracy dotyczy ok. 50% pacjentów z chorobą dwubiegunową. Wielu z nich już kilka tygodni lub miesięcy po zakończeniu hospitalizacji przerywa leczenie farmakologiczne, a tym samym naraża się na szybki nawrót choroby

[4]. Rezygnowanie z leków jest wypadkową wielu czynników. Pacjenci mają poczucie, że choroba już minęła, a więc dalsze leczenie nie jest konieczne. Równocześnie wspominając pozytywne doznania z okresu hipomanii czy manii chcą stan ten przywołać na nowo i są przekonani, że farmakologia stoi temu na przeszkodzie. Dodatkowym elementem bywa także brak akceptacji diagnozy — odrzucenie leków jest wtedy wyrazem buntu i oporu. W takiej sytuacji terapia poznawczo-behawioralna oferuje różne techniki pomagające w motywowaniu pacjenta do kontynuowania leczenia. Przede wszystkim terapeuta stara się dotrzeć do przekonań pacjenta związanych z farmakoterapią, w których często zawiera się założenie, że branie leków jest oznaką słabości lub że leki nie pomogą, a dodatkowo wywołają dotkliwe skutki uboczne [14, 15, 20]. Ponadto stara się szczegółowo omawiać historię życia pacjenta, odwołując się, przede wszystkim, do tego, jaki wpływ miały kolejne epizody choroby na funkcjonowanie jego i jego bliskich.

Inny zasadniczy cel terapeutyczny wiąże się z pracą nad modyfikacją schematów poznawczych pacjenta. Chodzi tu głównie o dotarcie do schematów leżących u podłoża choroby oraz sprzyjających podtrzymywaniu jej objawów. Stosując klasyczne w podejściu poznawczym techniki terapeutyczne identyfikuje się powstałe w dzieciństwie dysfunkcjonalne przekonania dotyczące własnej osoby, świata i innych ludzi. W kontekście wspomnianej już zależności między negatywnym stylem poznawczym pacjentów a stresującymi wydarzeniami życiowymi praca nad zmianą czynników poznawczych służy zabezpieczeniu pacjenta przed kolejnymi nawrotami.

Osobny istotny problem stanowi tutaj adaptacja poznawcza do choroby, a więc wszystkie przekonania pacjenta dotyczące samego schorzenia oraz oceny siebie w zupełnie nowym kontekście. Wspomniany już bunt przeciwko akceptacji choroby koreluje wysoko z brakiem współpracy pacjenta w leczeniu [21]. Równocześnie, jak podkreśla Salzman [22], mechanizm zaprzeczania chorobie jest jednym z podstawowych mechanizmów radzenia sobie, jakie pacjenci uruchamiają w obliczu rozpoznania zaburzeń dwubiegunowych [22].

Zmienność objawów chorobowych sprzyja zasadniczemu zachwianiu przekonań o własnej osobie. Jak podkreślają Ball i wsp. [17] pacjenci, po przejściu manii, hipomanii lub depresji w przebiegu choroby dwubiegunowej, zgłaszają wyraźne zmiany w przeżywaniu własnego „ja”, co łączy się również z poczuciem stygmatyzacji, wstydu, winy i złości.

Zjawisko to jest szczególnie wyraźne u pacjentów z wczesnym początkiem choroby i dużą liczbą nawrotów. Mają oni trudności z identyfikacją własnych prawdziwych właściwości i potencjału. Gdy znika przynoszone przez manię lub hipomanię poczucie wielkiego potencjału, pojawia się pytanie: „Skąd mam wiedzieć, czy to prawdziwy ja, czy to moja choroba podpowiada mi nowe pomysły i rodzi we mnie inwencję?”. Równocześnie norma psychiczna jest przeżywana jako stan obniżonego nastroju w kontraście do kolorytu doznań manii. Poczucie niestałości cech i niekompetencji staje się więc jednym z podstawowych celów terapii [1,2].

Dodatkowo, obok psychologicznych następstw choroby, ważnym elementem terapii jest praca nad jej licznymi konsekwencjami społecznymi. Głównym punktem zainteresowania jest tu dezorganizacja życia prywatnego, problemy małżeńskie i rodzinne, jak również wszelkie trudności w pracy zawodowej. Praca nad poprawą radzenia sobie z tymi problemami sprzyja nie tylko poprawie jakości życia pacjenta, ale także, podobnie jak praca nad schematami, minimalizuje spektrum czynników ryzyka nawrotu choroby.

Każdy z opisanych powyżej celów terapeutycznych bywa różnie akcentowany w różnych podejściach. Zwykle na pierwszym etapie leczenia brane są pod uwagę przede wszystkim psychoedukacja i poprawa współpracy z lekarzem, gdyż służą motywowaniu pacjenta do kontynuowania terapii. Na dalszych etapach wchodzi się w głębszą analizę treści poznawczych oraz szeroko rozumianych konsekwencji choroby. W zależności od rodzaju akcentowanych treści, niektórzy autorzy wyróżniają terapię poznawczo-behawioralną psychoedukacyjną i terapię poznawczą zorientowaną na schematy [17].

Badania dotyczące skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach dwubiegunowych

Istniejące dotąd badania nad skutecznością terapii poznawczej stosowanej w chorobach afektywnych dotyczą w przewadze choroby jednobiegunowej. Podstawowa kwestia, jaka się tu pojawia, wiąże się z tym, w jakim stopniu i na ile uzupełnienie leczenia antydepresyjnego psychoterapią zwiększa skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Jak podaje Scott [14, 15] efektywność terapii łączonej w depresji można określić na poziomie 54–63%. Wskaźniki te nie różnią się istotnie od wskaźników skuteczności samej farmakoterapii czy psychoterapii, jednak w wypadku leczenia łączonego liczba osób przerywających terapię jest o połowę mniejsza niż w grupie leczonej wyłącznie farmakologicznie. Równocześnie, badania nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w chorobie dwubiegunowej są nadal nieliczne, prowadzone na małych próbach lub przedstawiają studia przypadków. W badaniach Zaretsky’ego i wsp. [23] porównywano efekty zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w grupach pacjentów jedno- i dwubiegunowych będących w depresji. Wykazano, że zarówno w jednej, jak i drugiej grupie pod wpływem psychoterapii objawy depresyjne uległy istotnemu zredukowaniu, jednak w zakresie utrwalonych przekonań i schematów poznawczych zmiana w grupie pacjentów z chorobą dwubiegunową była mniej wyraźna [23]. Perry i wsp. [24] wykazali, że w grupie 68 pacjentów z chorobą dwubiegunową, leczonych farmakologicznie i terapią poznawczą, występowało mniej epizodów maniakalnych, mniejsza była liczba dni spędzonych w szpitalu oraz lepsze było funkcjonowanie zawodowe i społeczne niż w grupie kontrolnej [24]. Lam i wsp. [25] uzyskali podobne wyniki, stwierdzając, że u pacjentów z chorobą dwubiegunową leczonych stabilizatorami nastroju i terapią poznawczo-behawioralną występowała mniejsza liczba epizodów choroby i trwały one krócej, ponadto funkcjonowanie społeczne tych pacjentów było lepsze niż w grupie bez psychoterapii. Satterfield [26] podjął próbę zastosowania protokołu poznawczo-behawioralnego jako uzupełnienia farmakoterapii u pacjenta z szybką zmianą faz choroby dwubiegunowej (*rapid cycling*). W efekcie zaobserwował wyraźną zmianę w wynikach Inwentarzu Depresji Becka i Skali Manii Younga w porównaniu z wcześniejszymi wynikami tego samego pacjenta leczonego wyłącznie farmakologicznie.

Podsumowanie

Mimo dotychczasowego braku większej liczby badań potwierdzających skuteczność terapii poznawczej w chorobie afektywnej dwubiegunowej, można stwierdzić, że spektrum wskazań do jej zastosowania jest bardzo szerokie. Niezaprzeczalna wydaje się rola, jaką czynniki poznawcze odgrywają w występowaniu i przebiegu tej choroby, jak

również fakt, że modulowanie tych czynników może znacząco zmodyfikować następstwa choroby. Równocześnie, behawioralne aspekty oddziaływań terapeutycznych mogą sprzyjać poprawie codziennego funkcjonowania chorego, zwiększać jego poczucie kontroli nad objawami i stwarzać obiecujące perspektywy dla zapobiegania nawrotom choroby. Wielowymiarowy wpływ podejścia poznawczo-behawioralnego daje znaczące szanse na zmniejszanie kosztów społecznych i ekonomicznych choroby dwubiegunowej i stwarza możliwość zapobiegania postępującej w miarę choroby inwalidyzacji pacjentów. W tym kontekście poszerzanie zakresu badań porównujących skuteczność różnych protokołów terapeutycznych w paradygmacie poznawczym może odgrywać kluczową rolę w doskonaleniu metod terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Patelis-Siotis I. Cognitive-behavioral therapy: applications for the management of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2001; 3(1): 1–10.
2. Patelis-Siotis I, Young LT, Robb JC, Marriott M, Bieling PJ, Cox LC, Joffe RT. Group cognitive behavioural therapy for bipolar disorder: A feasibility and effectiveness study. *J. Affect. Dis.*, 2001; 65: 145–153.
3. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness.* Oxford University Press; 1990.
4. Otto MW, Reilly-Harrington N, Sachs GS. Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affect. Dis.* 2003; 73(1–2): 171–81.
5. Rothbaum BO, Astin MC. Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2000; 61, supl. 9: 68–75.
6. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav. Modif.* 1990; 14(4): 457–489.
7. Craighead WE, Miklowitz DJ. Psychosocial interventions for bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2000; 61, supl. 13: 58–64.
8. Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powell KB, Sacher JA. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *J. Clin. Psychiatry* 2003; 64(2): 182–91.
9. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, Suddath R. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol. Psychiatry* 2000; 15; 48(6): 582–592.
10. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003; 71(3):482–92.
11. Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res.* 1997; 72(1):17–22.
12. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol. Psychiatry* 2000; 48(6): 593–604.
13. Young A. Bipolar disorder: bringing life back into balance. Materiały z wystąpienia na konferencji: Integrating science and medicine for superior outcomes in bipolar diseases. Londyn 12 – 15 marca 2003.
14. Scott J. Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *Brit. J. Psychiatry* 2001 (supl.); 41: 164–168.
15. Scott J. Cognitive therapy of affective disorders: a review. *J. Affect. Dis.* 1996; 12; 37(1): 1–11.
16. Reilly-Harrington NA, Alloy LB, Fresco DM, Whitehouse WG. Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *J. Abnorm. Psychol.* 1999; 108(4): 567–78.
17. Ball J, Mitchell P, Malhi G, Skillecorn A, Smith M. Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2003; 37(1): 41–8.
18. Lyon HM, Startup M, Bentall RP. Social cognition and the manic defense: attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *J. Abnorm Psychol.* 1999; 108(2): 273–282.
19. Maciejewski PK, Mazure CM. Stressful life events and depression. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157(8):

- 1344–1345.
20. Makela EH, Griffith RK. Enhancing treatment of bipolar disorder using the patient's belief system. *Ann. Pharmacother.* 2003; 37(4): 543–545.
 21. Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J. Affect. Dis.* 2000; 59(3): 237–41.
 22. Salzman C. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of a bipolar patient. *Am. J. Psychiatry* 1998; 155(5): 686–688.
 23. Zaretsky AE, Segal ZV, Gemar M. Cognitive therapy for bipolar depression: a pilot study. *Can. J. Psychiatry* 1999; 44(5): 491–494.
 24. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Brit. Med. J.* 1999; 318(7177): 149–153.
 25. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60: 145–152.
 26. Satterfield JM. Adjunctive cognitive-behavioral therapy for rapid-cycling bipolar disorder: an empirical case study. *Psychiatry* 1999; 62(4): 357–69.

Adres: Mgr Magdalena Sariusz-Skąpska
 Oddział Leczenia Depresji, Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
 ul. Kopernika 21
 31-501 Kraków

